　年　　月　　日

電子契約意向確認兼メールアドレス届出書

門真市長

所　 在　 地

商号又は名称

代表者職氏名

件名　：　門真市保健福祉センター診療所医療事務等業務委託

当社は門真市と締結する本契約において、電子契約システムを希望し、契約締結用メールアドレス等について、下記のとおり届け出ます。

また、本届出のメールアドレスで処理する電子署名は、代表者の意思の下に署名するものであることを誓約いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

【契約締結権限者】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 契約締結権限者 | 役職 |  | 氏名 |  |
| 利用メールアドレス |  | | | |

※記載の利用メールアドレスが電子署名者情報に印字されます。

【事務担当者連絡先】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 部署名 |  | 役職 |  |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |
| メールアドレス |  | | |

【留意事項】

　・健康増進課管理・医療Ｇあて（[fuk02@city.kadoma.osaka.jp](mailto:○○@city.kadoma.osaka.jp)）電子メールにてご提出ください。